

Extreme Gewalt – extreme Dissoziation

- Michaela Huber
- [www. Michaela-huber.com](http://www.Michaela-huber.com)

Themen

- Durch organisierte extreme Gewalt in Gruppen werden Kinder, die dort heranwachsen oder den Tätern ausgeliefert werden, systematisch dissoziativ gemacht, um benutzbar zu sein.
- Die Gewalt beginnt möglichst früh, und führt dazu, dass das Gehirn und die Stress-Systeme des Kindes anders aufgebaut werden, als bei Kindern, die ohne extremen Stress aufwachsen.

Besonders schwer zu verarbeitende Hochstress-Erfahrungen:

- dauern sehr lange;
- wiederholen sich häufig;
- beinhalten zwischenmenschliche Gewalt;
- der Täter ist ein nahestehender Mensch;
- das Opfer mochte (mag) den Täter;
- das Opfer fühlt sich an der Tat (mit)schuldig;
- die Persönlichkeit (z.B. des Kindes) ist noch nicht gefestigt oder gar gestört;
- beinhalten neben körperlicher und seelischer
 - auch sexuelle Gewalt;
- mehrere Täter;
- Opfer (z.B. Kind) hat viele Dissoziationen - viel Amnesie, Derealisation und Depersonalisation bis hin zu Identitätswechsel während und nach dem Trauma;
- niemand hilft dem Opfer;
- niemand spricht mit dem Opfer nach der Tat darüber.

Was macht frühe Gewalt mit Kindern?

Kaskadenmodell von Teicher (ab 2000):

1. Wiederholte frühe Stresserfahrung verändert die Stress-Reaktionssysteme von Grund auf (epigenetische Veränderung, u.a. des Glukokortikoid-Rezeptor-Gens); das bewirkt
2. Veränderungen in der Genexpression, Myelinisierung, neuronaler Morphologie (Bsp. PFC), Neurogenese und Synaptogenese.
3. Das „Timing“ der Schädigung ist wichtig.
4. Dauerhafte Konsequenzen: Schädigungen des Neokortex (v.a. links), verminderte Integration der beiden Großhirnhälften, gesteigerte elektr. Reizbarkeit der Schaltkreise im limbischen System...
5. Schwere (psychiatrische) Folgen wie PTBS u. Depression treten oft erst später auf, so dass gilt:
6. **Je früher eingreifen, desto besser!**

Wer ein Kind „abrichten“ will

- Manipuliert es gezielt in Schlaf-Wach-Rhythmus
- Verwendet Folter-Methoden: Einsperren, Hungern und Dürsten Lassen, alle Arten von Gewalt, Verwirrung, dann wieder Freundlich-Sanftes...
- Weist unter der Qual entstehenden Zuständen Namen, Funktionen und Aufgaben zu.
- Manipuliert das Denken durch eine „geschlossene“ Ideologie, und ggf. auch die Spiritualität („Es geschieht für einen höheren Zweck“)
- Bei gleichzeitiger Schuldzuweisung und Entmenschlichung des Opfers („Du bist ein Monster/Abschaum/Müll/böse“ – dann aber auch wieder: „Du bist auserwählt/besonders/kannst bei uns aufsteigen/Satans-Hohepriesterin“ etc.)

Breitenbach, 2012:

- Rituelle Gewalt ist die systematische Anwendung schwerer körperlicher, psychischer und sexueller Gewalt in destruktiven Gruppierungen.
- Häufig dient eine Ideologie (z.B. Satanismus, Faschismus) als Sinnggebung und Rechtfertigung der Gewalt und als erlerntes Werte- und Normensystem.
- Es gibt Verbindungen zur Organisierten Kriminalität (Menschenhandel, Zwangsprostitution, Drogenhandel etc.) und ein Schweigegebot. Ausstiegswillige werden unter Druck gesetzt, erpresst und verfolgt.
- In manchen Gruppierungen ... sind Familien generationenübergreifend eingebunden. Es erfolgt eine frühkindliche Bindung an Täter, Kult und Ideologie. Funktionalität und Gehorsam werden durch lebenslange Konditionierung und Programmierung (Mind Control) erzwungen. Dabei wird i.d.R. schon ab Geburt absichtlich eine Dissoziative Identitätsstruktur mit voneinander abgespaltenen Persönlichkeiten erzeugt.
- Ziel der systematischen Abrichtung ist es, eine innere Parallelwelt zu erschaffen, die durch die Täter jederzeit abrufbar und steuerbar ist und für die das Kind und später der Erwachsene im Alltag keine bewusste Erinnerung hat.

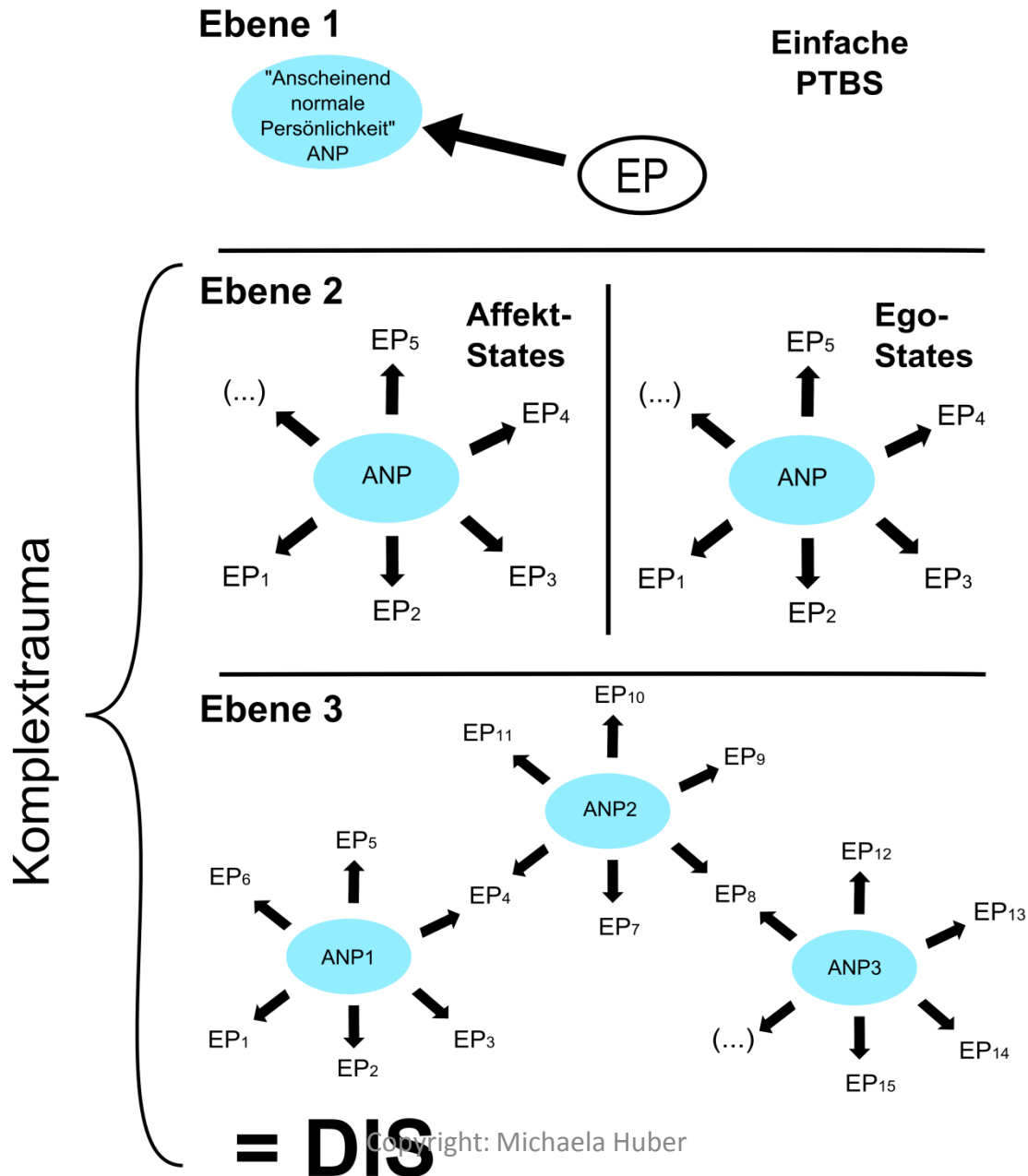
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS), Diagnostik: I-KPTBS

- **Affektive Störung**, z.B. abwechselnd emotionale Taubheit/Untererregung und Hyperarousal bzw. emotionale Überflutung
- **Verhaltensstörung** : impulsives, (auto-)aggressives, süchtiges bzw. Hochrisiko-Verhalten
- **Identitätsprobleme**: sich als gespalten wahrnehmen bzw. verhalten, Körperbild- und Ess-Störungen etc.
- **Bindungsstörung**: Kontaktvermeidung; chaotische, gewalttätige, missbräuchliche Beziehungen
- **Somatoforme Störungen** incl., somatoforme Schmerzstörung, Hochrisikoverhalten und multiple Gesundheitsprobleme wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Leber-, Bauchspeicheldrüsen-, Lungen-erkrankungen, chronisches Müdigkeits-Syndrom, Reflux, Reizdarm, Kopfschmerzen, Rauchen, viele und frühe Schwangerschaften, Adipositas per magna, sexuell übertragbare Krankheiten...)
- **Negative Lebenseinstellung**: s. als irreparabel beschädigt bzw. alle Menschen als potenziell böse, die Welt als immerzu schlecht betrachten...).

Strukturelle Dissoziation

- **ANP = „Alltags-Ich“ nach Trauma:** Hat Amnesien für Trauma-Inhalte, fühlt sich den Extremstress-Ereignissen entfremdet – „Ist mir nicht passiert; Hat mir nichts ausgemacht; Ist doch lange her; Hab ich längst verarbeitet...“; ist affektiv betäubt, aber auch weniger stress-resistent.
- **EP(s) = (zunächst) affektiv zu hoch oder zu niedrig geladene Trauma-nahe Parts (Zustände):** Nichts wie weg; Ich mach dich fertig!; Ich komme hier nicht raus!; Hilf mir doch!; Nimm mich und mach mit mir, was du willst; Nichts geht mehr; Lasst mich bloß in Ruhe...

Ebenen der Strukturellen Dissoziation



Hinweise für die Therapie/Beratung

- Wesentliche therapeutische Schritte werden oft in Beratung, Betreuung und Begleitung beim Ausstieg entwickelt, daher sollten alle Beteiligten in einem HelferInnen-Netz kommunizieren, unter Beteiligung der Betroffenen.
- Sobald Vertrauen aufgebaut und Ausstieg begonnen hat, bekommt man es mit den „Trainings“ zu tun: Gedankenzwänge, destruktive Impulse und Verhaltenszwänge, die unter Folter „eingepägt“ wurden (Programme).
- Diese haben eine bestimmte Abfolge und werden zunächst schlimmer, wenn man beginnt, sich nicht entsprechend zu verhalten (Backups).
- Daher: Durchfragen durch die Persönlichkeit: Es gibt immer innere Beobachter-Zustände, die gesammelt werden können und ein Bild der originalen Programmierungs-Sequenzen ergeben.
- Deprogrammierung ist keine „Umprogrammierung“, sondern eine Befreiung von diesen Zwängen.
- In der Regel geht es darum, genau das Gegenteil von dem zu tun, was das Programm vorschreibt.
- Wichtig: In welcher Reihenfolge? Und was kommt dann?

Indikatoren für fortgesetzte Einflussnahme durch die Täter

- Täter tauchen überall auf, auch auf dem Klinikgelände, vor der Praxis etc.
- Grußkarten mit triggerndem Text, Telefonanrufe mit (Ton-)Signalen...
- Opfer wird offensichtlich verfolgt (nächtliche Geräusche, Einbruchsversuche etc).
- Opfer berichtet über anschließende Amnesien u. neue Verletzungen.
- Große Zeitlücken (z.B. über das Wochenende), neue „unerklärliche“ Verletzungen bzw. Schwangerschaft.

Aussteigen – wie?

- (Immer und immer wieder:) Äußere Distanz zu Tätern herstellen. „Unzuverlässig“ werden für die TäterInnen.
- Aktive Kontaktaufnahme vermeiden (fällt besonders bei primären Bindungspersonen schwer!)
- Wohnung, Telefon, Email, Post, Konto schützen/ändern.
- Kontakte zu Geschwistern, Bekannten, Freunden überprüfen.
- Auftauchende Täter und deren Kontaktpersonen abweisen (lassen).
- Anzeigen (wenn dann noch möglich oder gewollt.)

Wann schaffen sie es?

- Wenn gute, sichere Bindung zu einem HelferInnen-Netz gehalten werden kann.
- Ernsthafte therapeutische Arbeit an den „Trainings-Folgen“ und Traumata.
- „Gesunde“ Partnerschaften u. FreundInnen.
- Ernsthafte Ausstiegsversuche: Adresse und evtl. Namen ändern, Telefon ändern od. abgeben, strikte Postkontrolle; jedes Telefonat dokumentiert; Namen, Daten u. Fakten hinterlegt.
- Innerlich: Täterintjektivarbeit ernsthaft; Co-Bewusstheit schaffen, Kooperation aller Anteile.

Was, wenn kein Ausstieg möglich scheint?

- HelferInnen sollten ihr persönliches Engagement zeitlich und energetisch dosieren, sonst brennen sie aus.
- HelferInnen sind keine „Komplizen der schlechten Verhältnisse“, aber „ziehen“ auch nicht am Opfer.
- Kindliche Opfer „raus klagen“, möglichst ein Elternteil dafür gewinnen.
- Verantwortung auf viele Schultern verteilen.
- Dokumentieren aller Aussagen u. Beobachtungen sowie Symptome u. Beratungs- bzw. Therapieverlauf.